

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 81

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PATHOGÉNIQUE
DE LA
SCOLIOSE ALTERNANTE
DANS LA SCIATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 février 1920

PAR

CARDENOUX (Jean-Auguste-Joseph)

Né à Perrier (Puy-de-Dôme), le 18 septembre 1892

Croix de Guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	DUCAMP, Professeur, <i>Président</i>	}	<i>Assesseurs</i>
	BOSC, professeur.		
	EUZIÈRE, agrégé.		
	RIMBAUD, agrégé.		



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PATHOGÉNIQUE

DE LA

SCOLIOSE ALTERNANTE DANS LA SCIATIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0151

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 81

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PATHOGÉNIQUE

DE LA

SCOLIOSE ALTERNANTE

DANS LA SCIATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 février 1920

PAR

CARDENOUX (Jean-Auguste-Joseph)

Né à Perrier (Puy-de-Dôme), le 18 septembre 1892

Croix de Guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Examineurs
de la Thèse

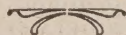
DUCAMP, Professeur, *Président.*

BOSC, professeur.

EUZIÈRE, agrégé.

RIMBAUD, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14. Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GLIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (♣).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (♣).
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O. * ♣), a. l. e. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ♣, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards...	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (* ♣), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (* ♣) ch. d'ag.
GAUSSEL (* ♣).	J. DELMAS (♣).	
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. DUCAMP, prof., présid^t; BOSC, prof.; EUZIERE, agrégé;
RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

J. CARDENOUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIMBAUD

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

J. CARDENOUX.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études un devoir agréable nous reste à remplir : c'est de remercier les maîtres qui ont fait notre éducation médicale. C'est à M. le docteur Bousquet, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont et professeur de clinique chirurgicale que va tout d'abord notre pensée : il eut la tâche ingrate d'éveiller notre sens clinique et c'est à lui que nous devons la plupart de nos connaissances en pathologie externe. Que les autres professeurs de l'Ecole de Clermont, en particulier MM. les docteurs Maurin et Buy, veuillent bien accepter aussi le tribut de notre reconnaissance.

Venu à Montpellier en 1913, nous avons suivi les leçons cliniques de MM. les professeurs Rauzier, Vallois et Truc : peu à peu sous leur direction notre esprit se formait et nul mieux qu'eux n'aurait pu nous instruire; nous les prions d'agréer l'assurance de notre gratitude,

A la fin des hostilités nous avons rejoint la vieille Faculté montpelliéraine, quittée depuis si longtemps, et c'est aux leçons de ses maîtres éminents que nous devons d'avoir pu mener à bonne fin nos études.

Nous sommes particulièrement reconnaissant envers M. le professeur Ducamp; nous avons suivi pendant

longtemps ses cliniques : le charme de sa parole et la clarté de son exposé rendaient attrayantes les parties les plus ardues de la médecine. Il veut bien nous faire le grand honneur de présider notre thèse et nous ne savons comment lui exprimer toute notre gratitude.

Notre reconnaissance est assurée à M. le docteur Rimbaud, professeur agrégé ; nous n'oublierons ni ses leçons ni ses conseils.

C'est à M. le docteur M. Carrieu, chef de clinique de M. le professeur Ducamp, que nous devons l'observation qui est à la base de notre thèse ; nous l'en remercions bien vivement et saluons la mémoire de son père M. le professeur Carrieu.

M. le docteur Madon, chef de clinique obstétricale, fut pour nous à la fois un maître et un ami ; nous garderons son souvenir et tâcherons de ne pas oublier ses conseils.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PATHOGÉNIQUE
DE LA
SCOLIOSE ALTERNANTE
DANS LA SCIATIQUE

INTRODUCTION

Appartenant comme stagiaire au service de M. le professeur Ducamp, nous avons eu la bonne fortune d'assister à une conférence faite par notre maître sur un cas de scoliose alternante d'origine sciatique, affection dont était atteint un malade du service. C'est dans cette conférence et dans les causeries de chaque jour au lit du malade que nous avons puisé les principaux arguments qui servent de base à notre modeste ouvrage. Que M. le professeur Ducamp veuille bien accepter encore une fois l'expression de notre gratitude.

Nous n'avons pas l'intention de faire une étude de la sciatique, maladie maintenant bien connue.

Quant aux déviations rachidiennes provoquées par la sciatique, après avoir été relatées accidentellement auparavant dans un petit nombre d'observations, elles ne furent réellement étudiées qu'à partir de 1886. A cette époque, à peu près simultanément Charcot, Albert, Nicoladoni, Wolfer et Lorenz s'occupent de la question. Dès l'année suivante de nombreuses observations sont publiées, en particulier en France par les élèves de Charcot : Ballet, Berbez, Babinski dont le mémoire fixe définitivement les caractères de la scoliose sciatique. Entre temps la question était étudiée à l'étranger en particulier par Gussenbauer, Kocher, Vanzetti, Erb. Toutes ces observations concernent la scoliose croisée : Brissaud, le premier, décrit en 1890 la scoliose homologue, forme plus rare que la précédente, rencontrée peu de temps après par Salomonsen, Lamy, Hayem, Lebon, Brühl et Soupault, Higier, Remak. Ces deux derniers auteurs créent en même temps (1892) une 3^e variété : la scoliose alternante.

Les travaux suivants sont surtout des études d'ensemble et des analyses d'observations dans le but d'établir la pathogénie de la scoliose. Citons les plus importants : une revue de Lamy, un mémoire de Françon, le chapitre consacré à la sciatique dans la thèse d'Hallion sur les déviations vertébrales névropathiques, enfin un mémoire

de Guse consacré spécialement à l'histoire et à la pathogénie.

Enfin Phulpin dans sa thèse (Paris, 1895) fait la synthèse de tous ces travaux et y joint l'appoint d'observations et de réflexions personnelles.

L'enquête de Phulpin, qui a porté sur un grand nombre de malades, lui a montré que la scoliose est un phénomène à peu près constant dans la sciatique : en effet, sur 83 malades observés un seul ne présentait pas de déviation scoliotique de la colonne vertébrale, encore s'agissait-il d'une névralgie légère datant de trois semaines. Mais cette scoliose, et c'est ce qui explique qu'elle ait été auparavant considérée comme exceptionnelle, est souvent peu accusée, exigeant pour être mise en évidence un examen minutieux sur le malade complètement nu, dans la station debout et pendant la marche. La déviation pourrait donc facilement passer inaperçue lors d'un examen superficiel, d'autant que, n'ayant pas l'esprit attiré de son côté, on ne la recherchait pas systématiquement.

Nous avons employé les trois mots : scoliose croisée, homologue, alternante.

Rappelons brièvement qu'il y a scoliose croisée lorsque le tronc est incliné du côté opposé au sciatique malade, scoliose homologue quand l'incurvation du rachis se fait du côté du membre qui souffre, scoliose alternante enfin dans le cas où la déviation de la colonne vertébrale peut se faire tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

Sur 82 sciatiques accompagnées de déviation rachidienne, Phulpin a observé 74 fois la scoliose croisée : elle comprend donc la presque totalité des cas, elle est d'ailleurs couramment désignée en Allemagne sous le nom de scoliose typique ; quant à la scoliose homologue

Phulpin l'a rencontrée 5 fois et la scoliose alternante 3 fois seulement : elle est donc très rare, constituant une véritable anomalie.

Voyons maintenant quels sont les divers mécanismes qui régissent ces trois sortes de déviation du rachis et étudions tout d'abord la scoliose croisée.

Scoliose croisée. — On en a donné de nombreuses explications : la plus simple à concevoir, c'est que la scoliose croisée est la position que prend d'instinct le sujet atteint de sciatique pour soulager le membre douloureux, rejetant tout le poids du corps sur le côté sain : le malade prend l'attitude hanchée. Le rachis décrit un arc allongé étendu des premières vertèbres à la crête sacrée, le point culminant se trouve situé aux environs de la 1^{re} et de la 2^e lombaire qui constituent, après les vertèbres cervicales, la partie la plus mobile du rachis. Cette forme simple est rarement réalisée : d'après Gussenbauer elle ne se présenterait qu'au début de la maladie, pour revêtir au bout de quelques jours un aspect plus complexe par l'annexion à la courbure principale d'une ou plusieurs courbures de compensation.

De plus le bassin subit en général un abaissement du côté malade qui permet à la plante du pied de s'appliquer au sol par toute sa surface en dépit de la flexion de la hanche et du genou imposée par la douleur. Babinski avait fait de cette disposition un signe permettant de distinguer la sciatique de la coxalgie, mais Charcot a montré qu'il est possible d'observer une élévation du talon due à ce que le bassin est resté horizontal ou a subi un mouvement d'ascension.

La déviation du rachis est généralement précoce ; Babinski, Françon, Phulpin l'ont observée dans les 48

premières heures ; son degré est en général considéré comme en rapport avec l'intensité de la douleur. A la longue il se produit un état de contraction, une véritable crampe des muscles lombaires, comparée par Chareot à la crampe des écrivains, qui fait que la déviation du rachis peut persister alors que la douleur a disparu. Cet état de contraction peut même, dans certains cas exceptionnels, aller jusqu'aux rétractions fibro-tendineuses des masses musculaires.

La **scoliose homologue**, déformation rare d'ailleurs et dont les observations cliniques ne sont pas nombreuses, est beaucoup plus difficile à concevoir et à expliquer que la scoliose croisée. Le tronc s'infléchissant sur le côté malade, tout le poids du corps porterait sur le membre douloureux, aussi le sujet a-t-il soin de faire saillir fortement la hanche saine, prenant, suivant l'expression de Brissaud, l'attitude d'un individu qui porte un seau à bout de bras en évitant de se mouiller. Il s'ensuit que la marche est rendue difficile, d'autant qu'à la déformation du tronc se joint souvent l'élévation du pied par ascension du bassin.

Pour Brissaud, et c'est l'explication unanimement acceptée, la scoliose homologue est toujours due à une névrite lombo-sacrée spasmodique : il faut que la contracture du flanc due à la névrite du plexus lombaire soit assez énergique pour contre-balancer l'action des muscles du côté opposé.

D'après Masurke, il y a scoliose homologue quand la névrite, au lieu d'être périphérique, est radiculaire ; pour Françon, l'affection est liée à la méningite spinale, par propagation aux enveloppes de la moelle.

Avant d'entamer l'étude de la scoliose alternante,

rapportons l'histoire du malade, dont M. le docteur M. Carrieu, chef de clinique, a bien voulu nous communiquer l'observation :

L. Dominique, 81^e R. A. L., carreleur, 35 ans, entre le 1^{er} septembre 1919, salle Combal, lit n° 20, pour douleurs au niveau de la région lombaire et de la crête iliaque postérieure gauche.

Antécédents héréditaires. — Parents et un frère bien portants.

Antécédents personnels. — Tempérament maladif jusqu'à 5 ans, puis bonne santé habituelle. A 21 ans, *névralgie sciatique de la jambe droite*, durée 5 mois. A 33 ans, abcès fistulisé de l'anūs. En septembre 1918, grippe avec détermination pulmonaire. Pas de spécificité.

Maladie actuelle. — Les douleurs ont apparu progressivement vers le mois d'août 1918. La grippe n'a fait que les accroître. Malgré les pointes de feu, un séjour de 4 mois à Lamalou et de l'héliothérapie, le mal s'est aggravé sans cesse. Actuellement, les douleurs sont profondes, térébrantes et s'irradient en avant vers le pli de l'aîne, en arrière vers la face postérieure de la cuisse et de la jambe.

Au lit le membre gauche est en rotation externe, la jambe demi-fléchie sur la cuisse. Si on recherche les points douloureux, on voit qu'ils suivent exactement le trajet du nerf sciatique (échancrure sciatique, points fessier, rétrotrochantérien; col du péroné, malléole externe). La pression augmente la douleur, ainsi que les mouvements et la marche.

Lorsqu'on fléchit la cuisse sur le bassin, le genou étant en extension, le malade pousse un cri bien avant que le membre ait fait avec le tronc un angle droit (signe

de Lasègue). On arrive à faire un angle beaucoup plus aigu si on fléchit le genou.

Lorsque, la jambe étant fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le bassin, on met le membre en abduction, la douleur apparaît bientôt (signe de Bonnet). L'adduction au contraire n'est pas douloureuse dans les mêmes conditions.

La pression sur les apophyses sacrées est douloureuse.

Le membre inférieur droit présente, lui aussi, des douleurs provoquées par la pression sur le trajet du nerf sciatique, surtout au niveau de la fesse et du point rétro-trochantérien. Le signe de Lasègue existe, mais on doit, pour provoquer la douleur, élever le membre droit plus haut que le gauche. Il n'y a pas de signe de Bonnet.

La sensibilité sous toutes ses formes est normale aux deux membres inférieurs.

L'atrophie musculaire est assez nette, elle apparaît lorsqu'on commande au malade de faire saillir les muscles des deux membres inférieurs. Mais on ne la retrouve plus à la mensuration. Elle est en effet masquée par de l'adipose que l'on peut mettre facilement en évidence par le pli de la peau (Landouzy). Du côté malade, en effet, ce pli est beaucoup plus marqué, beaucoup plus épais que du côté sain.

On ne trouve aucun autre trouble trophique.

Les réflexes cutanés sont normaux. Les réflexes rotuliens sont exagérés surtout à gauche. Les réflexes achilléens sont normaux. Il n'y a pas de Babinski.

Il y a une impotence fonctionnelle marquée. La démarche est lente, le malade ne s'appuie pas sur le membre malade. De plus on note une déviation très marquée de la colonne vertébrale, qui fait une courbure à concavité

droite, amenant ainsi l'axe du corps du côté opposé à la sciatique. Cette déviation porte surtout sur la partie inférieure du rachis. Du reste, le malade peut modifier cette scoliose croisée pour la rendre homologue. Lorsqu'il effectue cette transformation, la main qui palpe sent quelquefois, *mais pas toujours*, un ressaut que l'oreille peut même percevoir.

Ce mouvement ne s'effectue pas sans une certaine douleur pour le malade. La scoliose homologue est beaucoup moins accentuée que la scoliose croisée (cette différence est surtout visible sur les clichés radiographiques).

Appareil respiratoire. — Le sommet droit présente, en avant et en arrière, de la submatité, de l'exagération des vibrations et une expiration prolongée. Il n'y a pas de bruits surajoutés. Quelques crachats muqueux. Pas de bacilles de Koch.

Les appareils circulatoire, digestif et urinaire sont normaux. L'état général est assez bon. Il a y peu d'amaigrissement. Pas de fièvre. Le malade a un teint légèrement bronzé. Une analyse d'urine montre 800 gr. d'urine, densité 1021, 17 gr. d'urée, 8 gr. 5 de chlorures. Absence de sucre et d'albumine.

Pas de réaction cellulaire du liquide céphalo-rachidien.

Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Cet état dure depuis plusieurs mois sans amélioration.

Notre malade présente donc alternativement une scoliose croisée et une scoliose homologue : il est donc bien atteint de scoliose alternante. Dans notre cas particulier le passage d'une attitude à l'autre se répète fréquemment en obéissant à la volonté; il y a alors contracture des muscles rachidiens. Ce même type de

scoliose avait été décrit par Remak en 1892. Remak donne l'observation d'un agent de police allemand, ancien militaire, atteint depuis trois mois de sciatique sans atrophie, ayant provoqué dès le début une scoliose croisée très accusée.

Notre homme était fort affecté de sa difformité et il s'appliquait, lorsqu'il sortait en uniforme, à la corriger par tous les moyens possibles. Il s'aperçut un jour qu'il lui était possible de s'incliner du côté opposé et que, dans cette attitude, la déviation devenait moins apparente. La position en scoliose homologue fut donc celle que notre malade, dans un but purement esthétique, prenait chaque fois qu'il était en service ; mais cette nouvelle forme de déviation était plus pénible que la précédente ; aussi pendant les marches un peu prolongées, le policier éprouvait du soulagement à passer de temps en temps d'une position à l'autre. Il effectuait le changement volontairement, au moyen d'un artifice toujours le même : en tenant le corps penché en avant, les mains appliquées fortement contre un point d'appui quelconque.

Remark explique cette alternance par une mobilité exceptionnelle de la colonne vertébrale. D'après lui l'état spasmodique ne paraît pas devoir être invoqué dans la pathogénie de la scoliose homologue. Ses conclusions sont que dans la scoliose sciatique le sens de la courbure est indifférent, mais il faut que le membre douloureux soit déchargé du poids du corps.

A la même époque Higier cite un cas de scoliose alternante un peu différent : le malade dont il rapporte l'histoire était atteint de sciatique chronique avec scoliose croisée ; à l'occasion d'un paroxysme douloureux il présentait pendant quelques jours une scoliose homologue. Higier explique cette déformation par l'extension

du processus irritatif aux fibres motrices ayant entraîné le spasme des muscles du flanc. C'est en somme une adaptation à la scoliose alternante de la théorie de Brissaud sur la scoliose croisée.

En 1895, Phulpin donne l'observation de trois nouveaux cas de scoliose alternante du type Iligier.

Le premier concerne un jeune homme de 17 ans, entré à l'hôpital pour une sciatique datant de près d'une année, compliquée de scoliose homologue avec points douloureux dans le flanc, la fosse iliaque et les espaces intercostaux. Huit jours plus tard, la scoliose homologue avait fait place à une scoliose croisée bien développée, il n'existait plus de douleurs ni spontanées, ni à l'occasion des mouvements, sur les parties latérales du tronc, seule la pression arrivait à les réveiller et, lorsqu'elle était un peu énergique, provoquait le retour de la scoliose homologue. Quand, au bout de deux mois, le malade quitta l'hôpital, la scoliose croisée était toujours des plus nettes, mais il n'était plus possible, par la pression, de reproduire l'attitude primitive.

Le second cas est relatif à un homme de 36 ans, souffrant depuis dix jours de névralgie lombo-sacrée avec scoliose homologue extrêmement accusée, sans exagération des réflexes ni trépidation épileptoïde. Douleurs et déviation rachidienne disparurent à peu près complètement en trois semaines. Un mois et demi après sa sortie, le reliquat de la sciatique se réduisait à une douleur vague dans la fesse, suffisante pour l'empêcher de reprendre son métier de fort en farines, et à la scoliose homologue s'était substitué un léger degré de scoliose croisée.

Le dernier cas, assez analogue au précédent, à rapport à un malade qui était depuis cinq mois porteur d'une

scoliose homologue et qui fut retrouvé ne souffrant plus qu'un peu de la fesse, des lombes et de la partie postérieure de la cuisse avec une esquisse de scoliose croisée.

L'auteur conclut de ces observations que si la scoliose alternante du type Remak est exceptionnelle, celle du type Iligier n'ait pas aussi rare qu'on l'a cru; il estime que, dans un certain nombre de cas, la scoliose, d'abord croisée, devient ensuite homologue lorsque les douleurs, devenues moins vives, ont abandonné une partie de leurs localisations primitives, le flanc et la fosse iliaque en particulier. Mais souvent, lorsque cette transformation se produit, ou bien elle est à peine ébauchée, ou bien on a perdu de vue les malades, aussi passe-t-elle fréquemment inaperçue.

Cette question de la scoliose alternante et de sa pathogénie a été reprise il y a quelques années par Sicard et tout récemment par M. Léri qui a fait à ce sujet une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris le 31 juillet 1919. M. Léri passe en revue toutes les théories expliquant la pathogénie de la sciatique et la production de la scoliose dans cette maladie. Pour lui la sciatique aurait son point de départ dans la compression des racines au niveau de leur traversée rachidienne sous l'influence d'une inflammation vertébrale rhumatismale.

Il n'admet pas la conception purement névritique, radiculaire ou tronculaire de la sciatique, pas plus qu'il n'admet que la scoliose soit une simple conséquence de cette névrite : il rejette donc à la fois l'opinion de Charcot qui fait de la déviation scoliotique une attitude de défense contre la douleur, et celle de Brissaud qui la met sous la dépendance directe de la névrite lombosacrée.

Dans la plupart des sciatiques, Léri et différents auteurs

avant lui ont noté une lymphocytose modérée du liquide céphalo-rachidien. Donc on peut supposer d'après lui que la sciatique, conditionnée par des lésions vertébrales ostéo-articulaires, n'est pas toujours le point de départ de la scoliose : celle-ci serait sous la dépendance directe des lésions osseuses.

A l'appui de sa théorie Léri rapporte deux observations de malades fort intéressantes, dont se rapproche, d'ailleurs, beaucoup le cas que nous citons.

Le premier malade, âgé de 27 ans, souffrait depuis environ six mois de la jambe droite. Il avait fait campagne au front pendant deux mois et demi consécutifs, sauf une interruption de quelques mois pour fièvre typhoïde. Évacué pour sciatique droite, il en présenta les points douloureux classiques au niveau de la crête iliaque, de la face postérieure de la cuisse et du mollet ; la douleur s'étendait un peu en dehors sur la face externe de la cuisse, et l'on provoquait des sensations pénibles par la pression des régions lombaire et lombosacrée.

Les réflexes rotuliens étaient vifs, les achilléens persistaient, il n'y avait pas d'amyotrophie ou à peine (1 centimètre au pli fessier droit), pas de troubles de sensibilité objective. Aucune maladie antérieure, pas de signes de spécificité, Wassermann négatif.

Le malade se présente d'abord le tronc incliné à droite, en position de scoliose homologue. Le lendemain il se présenta le tronc penché à gauche, en scoliose croisée.

Nous cherchâmes à nous rendre compte de la cause de ce changement de position. Nous constatâmes d'abord qu'il n'y avait qu'un léger degré de contracture de la masse sacro-lombaire, un peu plus marquée à gauche, mais nettement insuffisante pour déterminer une dévia-

tion. Nous cherchâmes ensuite à reproduire passivement la scoliose homologue : nous y parvîmes en inclinant le tronc à droite et en faisant participer la région lombaire à l'inclinaison par des pressions directes ; à un moment donné, nous perçûmes nettement un ressaut, une sorte de déclanchement ; à ce moment précis la scoliose avait changé de côté. Le changement inverse s'opéra de la même façon ; et le malade lui-même put obtenir un déplacement à volonté en s'appuyant des mains sur une cheminée et soulevant pour ainsi dire son tronc ; chaque fois la main de l'observateur sentait et son œil voyait le déclanchement brusque se produire. Le malade pouvait ainsi se tenir penché aussi bien à droite qu'à gauche, il ne pouvait se tenir droit.

Manifestement la contraction musculaire n'était pour rien dans le déplacement : le déclanchement brusque était nettement d'origine ostéo-articulaire.

Le second malade, âgé de 56 ans, souffre depuis cinq mois de son membre inférieur gauche ; les points particulièrement douloureux siègent à la partie supérieure de la fesse, au pli fessier, à la tête du péroné et surtout au mollet ; la douleur empiète en dehors et en avant sur le domaine fémoro-cutané et même crural et elle est provoquée aussi par la pression des vertèbres lombaires et sacrées. Les réflexes rotuliens sont forts, le réflexe achillien gauche est légèrement plus faible que le droit ; il n'y a ni amyotrophie ni anesthésie. Le malade a fait campagne dans le Génie ; il a souvent couché dans des lieux fort humides mais non dans la tranchée. Il ne reconnaît aucune maladie antérieure et notamment ni spécificité, ni gonococcie.

Comme le premier il s'est présenté avec une scoliose nettement homologue. Instruit par ce précédent, nous

avons cherché de parti pris à la rendre croisée ; nous y sommes parvenu après quelques efforts par la même manœuvre que chez le premier malade et nous avons eu encore l'impression la plus nette d'un déclanchement brusque au moment précis où le tronc changeait le côté de sa déviation. On peut d'ailleurs actuellement modifier la scoliose avec plus de facilité, simplement en inclinant progressivement le tronc à droite ou à gauche, et le malade lui-même, qui ignorait auparavant son inclinaison, peut la modifier très aisément sans être obligé de s'appuyer. Le passage de la position droite à la position gauche ou inversement s'accompagne toujours d'un ressaut visible à l'œil, sensible à la main et douloureux ; la douleur siège à la région lombaire et surtout au mollet gauche ; une fois la déviation obtenue, la douleur cesse.

L'observation que nous avons rapportée est en tout comparable à celles que donne M. Léri : douleurs caractéristiques de la sciatique, réflexes vifs, scoliose croisée pouvant devenir homologue à la volonté du malade, ce changement de sens de la déviation rachidienne étant douloureux et s'accompagnant d'un ressaut perceptible à la main, parfois même visible à l'œil. Voyons maintenant comment se produit cette scoliose alternante : M. Léri a fait radiographier ses malades et les clichés lui ont montré les deux fois une 4^e vertèbre lombaire déformée, moins haute d'un côté que de l'autre par aplatissement d'un de ses bords. Cette lésion serait fréquente dans le rhumatisme chronique, une vertèbre présentant des crochets et des bords irréguliers.

Pour expliquer l'alternance de la scoliose, Léri admet que cette 4^e vertèbre lombaire qui présente un bord aplati s'enfoncerait comme un coin entre les vertèbres voisines,

et pourrait avancer ou reculer dans le sens transversal. Lorsque la vertèbre s'enfonce, la colonne vertébrale s'incline du côté opposé ; se recule-t-elle, au contraire, le rachis s'incline sur le côté de la vertèbre qui est aplati. Ce serait une véritable *vertèbre à tiroir*, dont les différents mouvements transformeraient le rachis en un « *rachis à ressort* ». Ce sont là les expressions dont se sert M. Léri.

Il ne nous est pas possible d'appliquer, au cas particulier que nous signalons, l'interprétation de M. Léri. En effet, nous devons à l'obligeance de M. le professeur Imbert deux radiographies très nettes, et fort démonstratives. D'après ces clichés, dont la netteté, répétons-le, ne laisse pas la moindre place au doute, le squelette de notre malade est absolument sain, et aucune vertèbre lombaire ne présente la moindre déformation. Il nous semblerait difficile dans ces conditions d'accepter pour la sciatique et pour la scoliose alternante une origine osseuse.

Et cependant la déformation existe et, au moment où l'inclinaison du rachis change de sens, nous avons bien perçu un déclanchement, un véritable déclic : il nous est même arrivé parfois de l'entendre. Comment donc l'expliquer puisque les vertèbres sont intactes ?

A un examen minutieux de la région, la palpation nous a fait sentir, à droite de l'apophyse épineuse des 11^e et 12^e vertèbres dorsales, un cordon aplati et mobile large de 4 ou 5 millimètres environ. M. Milhaud, aide d'anatomie, voulut bien nous aider à mettre un nom sur ce ruban plat que nous sentions, mais qui nous intriguait fort : ce serait soit le ligament surépineux désinséré, soit un tendon du long dorsal, soit encore un faisceau détaché du long dorsal ayant subi la dégénérescence

fibreuse. A notre avis nous pourrions ainsi expliquer ce déclanchement, ce dé clic, perçu souvent (mais non toujours) au moment de la production brusque de la scoliose croisée ou homologue : dans ce mouvement le faisceau fibreux viendrait frotter contre les parties latérales des apophyses épineuses qui sont très rugueuses, produisant à la fois le bruit de dé clic et la sensation tactile.

C'est d'ailleurs un phénomène d'ordre général que l'on puisse percevoir, à l'oreille et par le toucher, le frottement d'une partie fibreuse ou tendineuse qui accroche ou racle un relief osseux.

De plus, si le bruit de dé clic était dû à une déformation osseuse, il se percevrait chaque fois que, de croisée, la scoliose deviendrait homologue ou inversement ; or, dans notre observation nous avons noté que ce bruit manquait parfois : il serait difficile d'admettre, dans ces conditions, qu'une lésion osseuse soit à l'origine à la fois de la sciatique et de la scoliose. Mais s'il nous est possible d'expliquer le bruit de dé clic par le frottement d'un faisceau fibreux contre les apophyses épineuses, cela ne nous donne pas la pathogénie de la scoliose alternante dans notre cas.

Il y a 14 ans notre malade a présenté une sciatique du côté droit, qui a duré 5 mois et qui se traduit encore aujourd'hui cliniquement par de la douleur à la pression sur le trajet du nerf, et c'est par l'existence de cette sciatique droite ancienne et de la sciatique gauche actuelle que nous croyons pouvoir expliquer la scoliose alternante que nous avons constatée.

Léri considère la scoliose homologue comme très rare : ce serait bien souvent une scoliose alternante méconnue.

Pour nous la scoliose alternante serait aussi rare que

la scoliose homologue : il y aurait simplement une véritable scoliose double croisée, due à une sciatique double, dont l'une très atténuée aurait été laissée de côté, et dont l'autre au contraire, présentant des symptômes douloureux et fonctionnels très marqués, aurait absorbé toute l'attention clinique.

TRAITEMENT

Nous ne ferons qu'effleurer le traitement de l'affection dont nous venons de causer. Disons tout d'abord que, ce qu'il faut soigner, c'est la sciatique, sa disparition devant amener peu à peu la disparition de la scoliose.

Il nous faudra tout d'abord traiter la cause de la sciatique chaque fois qu'elle nous sera connue et nous ne devons pas oublier l'importance de la syphilis, de l'alcoolisme et du rhumatisme dans l'étiologie de la maladie.

Au point de vue du traitement local, de bien nombreuses médications s'offrent à nous : il en est d'ailleurs ainsi chaque fois que la maladie est rebelle.

Contre les douleurs térébrantes nous emploierons l'antipyrine, l'aspirine, la phénacétine, nous pourrions même avoir recours à la morphine ou à la cocaïne en injections hypodermiques ; cependant, la maladie étant chronique et appelée à durer longtemps, mieux vaudrait nous abstenir de ces deux médicaments.

Nous obtiendrons de bons résultats de la révulsion, soit sur la peau sur le trajet du nerf, soit par injections profondes dans le voisinage du nerf. Comme modes de

révulsion externe nous pourrions employer les petits vésicatoires volants, les pointes de feu, les pulvérisations de chlorure de méthyle.

En injections profondes près du nerf on a employé le sérum artificiel, le salicylate de méthyle (10 centigr. dans 2 cc. d'eau).

Les injections de sérum artificiel dans l'espace épidual ont donné des résultats.

Un bon adjuvant sera pour nous le traitement hydrothérapique : bains sulfureux, bains de vapeur ou douches chaudes prolongées.

Nous pourrions conseiller un séjour à Aix-les-Bains ou à Balaruc : les eaux sulfureuses de l'un, chlorurées sodiques de l'autre sont justement réputées. De même les eaux faiblement minéralisées de Lamalou ou de Nérès-les-Bains auront une action sédative marquée sur l'élément douleur.

Le massage sous l'eau agira sur la déformation en diminuant la contracture.

Quant au traitement électrique, il faut qu'il soit sédatif : nous emploierons les courants continus ; une large électrode positive sera placée au niveau de la fesse, un bain de pied sera l'électrode négative.

Si tous ces moyens échouent nous pourrions confier notre malade au chirurgien : cependant l'élongation, le harsage, voire même la section ou la résection du nerf n'ont pas donné de bien brillants résultats.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT. — Wiener med. Presse, 1886, n^{os} 1-3.
- NICOLADONI. — Wiener med. Presse, 1886, n^{os} 26-27.
- CHARCOT. — Observations, *in* Babinski. Arch. de neurologie, 1888.
- WOLFER. — Wiener med. Presse, 1894.
- LORENZ. — Wiener med. Presse, 1894.
- BALLET. — Soc. méd. des hôpitaux, 8 juillet 1887, p. 337.
- BERBEZ. — France médicale, 1887.
- BABINSKI. — Arch. de neurologie, 1888.
- GUSSENBAUER. — Prag. med. Wochens., 1890, XV, 211-225.
- KOCHER. — *In* Schudel Arch. für klin. Chir., XXXVIII-1.
- VANZETTI. — *In* Massolongo, *in* Giorn. de Nevrop. anno V, p. 46.
- BRISAUD. — Arch. de neurologie, janvier 1890.
- SALOMONSEN. — An. dans Jahresbericht f. der gesammten Med., 1890.
- LAMY. — Progrès médical, 1891.
- HAYEM. — Revue de médecine, 1890.
- LEBON. — France médicale, 16 janvier 1891.
- BRÜHL et SOUPAULT. — Médecine moderne, 1892.
- HIGIER. — Deut. med. Wochens., juillet 1892.
- REMAK. — Compte rendu *in* Semaine médicale, 1892.
- Deut. med. Wochens., 1890.

- BRISAUD. — Archives de neurologie. Quercy, Progrès médical, 1891, p. 28.
- MASURKE. — Thèse de Königsberg, 1891.
- LAMY. — Revue d'orthopédie, 1891.
- FRANÇON. — Lyon médical, 1893.
- HALLION. — Thèse de Paris, 1892.
- CHARCOT. — Leçons cliniques, LI, 1892, p. 179.
- GUSE. — Wiener med. Presse, 1894.
- PHULPIN. — Thèse de Paris, 1895.
- LANDOUZY. — Leçons de clinique de la Charité.
- SICARD. — Bulletin et Mém. de la Société médicale des hôpitaux, 3 novembre 1916.
- LÉRI et SCHÆFFER. — Soc. méd. des hôp., 18 mars 1916.
- LORTAT-JACOB (L.) et G. SABAREANU. — Les sciatiques et leurs traitements.
- SAINTON (Paul). — Les traitements de la sciatique (Journ. médical français, février 1919).
- LÉRI. — Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux, 31 juillet 1919.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 29 janvier 1920.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 29 janvier 1920.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
